

UNIVERSITÉ DE GENÈVE
Chaire de chirurgie propédeutique

FACULTÉ DE MÉDECINE
Professeur J.-H. OLTRAMARE

Luxation postérieure de l'épaule

THÈSE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de Docteur en médecine

par

Gilbert SCHIFF

de

New York City (U S A)

Thèse N° 2512

GENÈVE
ÉDITIONS MÉDECINE ET HYGIÈNE
1957

UNIVERSITÉ DE GENÈVE
Chaire de chirurgie propédeutique

FACULTÉ DE MÉDECINE
Professeur J.-H. OLTRAMARE

Luxation postérieure de l'épaule

THÈSE

présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève
pour obtenir le grade de Docteur en médecine

par

Gilbert SCHIFF

de

New York City (U S A)

Thèse N° 2512



GENÈVE
ÉDITIONS MÉDECINE ET HYGIÈNE
1957

La Faculté de médecine, sur le préavis de Monsieur le professeur J.H. Oltramare, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève, le 30 juillet 1957.

Le doyen :

Eric MARTIN

Thèse N° 2512

LUXATION POSTERIEURE DE L'EPAULE

Introduction et historique

Depuis l'année 1803 où BOYER a écrit : "Il n'existe aucun exemple bien avéré de luxation de l'humérus en arrière, quoique plusieurs auteurs dogmatiques en traitant, paraissent en avoir admis sa possibilité" on n'a cessé de signaler dans la littérature et de rapporter des cas touchant cette forme de luxation.

MALAGAIGNE (24) observa son premier cas personnel en 1804 et réussit à réunir 37 observations jusqu'en 1855.

Sir ASTLEY COOPER qui publia deux articles concernant ce sujet en 1839 et en 1842 (9-10) et se rapportant à huit cas, diagnostiqués avant la réduction, écrivait dans son deuxième ouvrage :

" It is an accident which cannot be mistaken as there is "
"a protuberance formed by the bone upon the scapula which immediately " "
"strikes the eye; and when the elbow is rotated the protuberance rota- " "
"tes also. The dislocated head of the bone may be easily grasped bet- " "
"ween the fingers; the motion of the arm impaired, but not to the same " "
"extent as in either of the other two states of luxation."

" Il n'est pas possible de faire une erreur de diagnos- "
"tic dans cette affection. Il y a une saillie formée par l'os sur l'omo "
"plate; ce que l'on voit immédiatement. Lorsque le coude est soumis à " "
"une rotation, la tête luxée le fait également. On peut prendre l'os " "
"entre les doigts; les mouvements du bras sont limités, mais pas dans " "
"la même mesure que dans les deux autres types de luxation."

KRONLEIN, en 1882, établit une statistique qui révèle que 0.5% de l'ensemble des luxations de l'articulation de l'épaule se fait en arrière. Ce chiffre monte à 3.8% dans la statistique faite par Mc LAUGHLIN en 1952.

De 1910 à 1943, FRONVILLE et TOSTIVIN parviennent "sans peine" à réunir 80 observations concernant ce type de luxation.

WOOD (37) signale en 1941 que sur 115 luxations de l'épaule qu'il examina de 1930 à 1938, trois étaient postérieures. THOMAS (32), dans un travail datant de 1937, rapporte que sur 6.000 cas de luxation de l'articulation scapulaire, quatre seulement étaient du type postérieur. Le Professeur ELLERBOLK (13) ayant repris 404 cas des dislocations de l'épaule qu'il avait eues dans son service n'en trouva

que 4 postérieures.

Plus près de nous, CAUCHOIX J. et DESCAMPS L. (1950), DUTEIL G.E. (1939), FEHR A.M. (1952), FRERET P.G. (1942), FRONVILLE et TOSTIVIN T. (1943), SALEM G. (1951), TAYLOR R. et WRIGET P.R. (1952), WARRITCH C. (1948) et bien d'autres auteurs dont nous parlerons au cours de ce travail, consacrèrent leurs thèses ou rapportèrent des cas sur la luxation de l'épaule en arrière.

A. JENTZER et J.H. OLTRAMARE enfin, traitant de ce sujet dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale, en font une affection qui trouve sa place dans les manuels classiques.

Tout en reconnaissant qu'il s'agit là d'une affection rare, il serait dangereux de l'étiqueter d'exceptionnelle. Il semble bien que si cette luxation n'a pas été vue plus souvent, nous le devons au fait qu'elle n'a pas été toujours diagnostiquée. Pour FRONVILLE et TOSTIVIN "en présence d'une épaule traumatisée, ne présentant pas les symptômes d'une lésion courante", on doit chercher les signes d'une luxation postérieure.

Classification

Les variétés les plus classiques de cette affection sont : la luxation sous-acromiale et la luxation sous-épineuse, mais certains auteurs signalent encore la subluxation postérieure et la luxation en bas et en arrière (16).

Chacune de ces formes présente des particularités propres :

- La forme sous-acromiale :

Dans cette variété on remarque que l'humérus est "placé derrière le col de la glène, en rotation interne, le col anatomique répondant par son bord antérieur au rebord glénoïdien postérieur" (19).

Cette forme, quoique souvent méconnue, est de loin la plus courante (20).

- La forme sous-épineuse :

Pour FRONVILLE et TOSTIVIN, cette variété est exceptionnelle (16). Pour JENTZER et OLTRAMARE (19), elle s'accompagne le plus souvent d'une fracture soit de l'omoplate, soit des côtes, soit du trochiter. Cette forme semble succéder à des traumatismes particulièrement violents. Nous nous proposons de revenir sur la question des fractures concomitantes qui est encore assez controversée.

- La sub-luxation postérieure :

Décrite par CONSTANTINI et CURTILLET (8) ainsi que par FIORENTINI, cette dénomination peut être appliquée aux cas dans lesquels la tête humérale est encore en contact avec le bord de la glénoïde. JENTZER et OLTRAMARE placent cette variété dans la rubrique précédente (19).

- La luxation en bas et en arrière, sous-tricipitale de FARABEUF :

BOTTEY en a rapporté un cas diagnostiqué cliniquement, alors que les cas de FARABEUF n'étaient que des découvertes nécrossiques.

Mécanisme et anatomie pathologique

La luxation postérieure de l'épaule peut survenir après les accidents les plus divers : Chute de vélo, chute dans les escaliers (20). La pratique du ski, de la lutte, de la boxe, du football, peuvent aussi en être la cause (19). La chute sur le coude semble pouvoir être le plus souvent retenue comme cause immédiate et favorisant particulièrement ce type de luxation. Une crise d'épilepsie ou de delirium tremens, une séance d'électrochoc (16-19-31) peuvent à leur tour entraîner une telle affection.

Au sujet de l'incidence de l'épilepsie dans cette affection, il nous paraît intéressant de rapporter les constatations qu'a faites THOMAS (32) dans une série de cas. En effet, cet auteur, dans une communication où il rapporte 7 cas concernant l'affection qui nous intéresse, a constaté que par quatre fois l'épilepsie devait être retenue comme facteur causal. Chez trois de ses patients, la luxation se produisit lors de la toute première crise, alors que chez le quatrième, elle fût découverte lors de sa deuxième crise. De plus, l'auteur rapporte que dans trois de ces cas on est à peu près certain qu'il n'y eut aucun traumatisme, ces malades étant au lit et n'ayant pas fait de chute. Dans un même nombre de cas, une fracture était visible sur la radiographie. THOMAS attribue aussi bien la luxation que la fracture à un spasme musculaire particulièrement puissant.

MALAGAIGNE (24), dans son travail que nous avons déjà signalé, a de même rapporté 7 cas où les crises épileptiques pouvaient être mises en cause. Il ne signale pas de fracture mais vu l'époque à laquelle ont été faites ces observations, cela n'est pas pour nous étonner. L'auteur a aussi signalé un cas de luxation postérieure ayant succédé à une convulsion limitée de l'épaule. Ajoutons aussi que le

diagnostic de la lésion est ici beaucoup facilité par le fait qu'il n'y a pas de tuméfaction régionale importante et qu'ainsi les différents repères, dont nous parlerons plus loin, sont facilement accessibles.

La plupart des auteurs sont d'accord pour admettre que le traumatisme direct atteignant le moignon de l'épaulé, est le plus souvent responsable d'une telle forme de luxation (16,19,31). Pour FRONVILLE et TOSTIVIN, ce mécanisme peut être retenu dans le 2/3 des cas. La luxation postérieure peut aussi se faire à la suite d'une chute ou d'un accident avec le bras "en forte adduction et en rotation interne" (19) avec antépulsion (16).

En pratique, comme le font remarquer KOCHER, FRONVILLE, et TOSTIVIN (16), il est souvent difficile pour ne pas dire impossible de savoir quelle a été la modalité exacte entraînant la tête humérale à prendre cette position antérieure. Le fait-elle directement ou bien passe-t-elle d'abord par un relais sous-glénodien ? JUDET et COL signalent des cas de luxation en arrière ayant succédé à un stade de "luxation erecta" après expulsion de la tête humérale.

En tout état de cause, la luxation postérieure récente s'accompagne d'une déchirure de la capsule en arrière et en bas au niveau de l'insertion glénodienne (19). Mais il semble que cette rupture dépende du mécanisme traumatique et qu'elle est plus importante dans les chocs directs (16). Les dégâts peuvent être considérables et il semble que l'on puisse attribuer la facilité déconcertante avec laquelle on peut réduire certaines de ces luxations à ces délabrements (16-31). Il nous paraît pourtant important de signaler que l'étude anatomique de ces lésions a été le plus souvent faite expérimentalement sur le cadavre (16).

LENORMANT (22) ayant procédé à des opérations sanglantes dans des cas de luxations postérieures récidivantes, a constaté que dans la plupart des cas il y a une capsule intacte. TOSSAMINI, dans les mêmes circonstances, trouva des capsules amincies.

OLTRAMARE (27), rapporte que la déchirure capsulaire se fait en bas et en arrière au niveau de l'insertion glénodienne, en cas de luxation sous-acromiale, alors que dans la variété sous-épineuse la tête humérale se libère complètement de ses connexions capsulaires et va se loger dans la fosse.

Les lésions musculaires ne sont pas rares. Il semble que le muscle sous-épineux est le plus souvent atteint (16). ROBERT a rapporté un cas avec arrachement de trois muscles : le sous-scapulaire,

le sous-épineux et le petit rond. La lésion de la gaine de l'insertion du long portion du biceps a été signalée par MAISONNEUVE et CAMPTON.

Les lésions vasculo-nerveuses sont rarement signalées dans cette affection. Dans un cas rapporté par FRONVILLE et TOSTIVIN, ces auteurs ont constaté une anesthésie de l'épaule qui disparut sitôt la luxation réduite. Dans un autre cas, rapporté par TAYLOR (31), l'examen clinique permit de déceler une atteinte du nerf axillaire et une anesthésie du deltoïde avec paralysie. Il y avait en même temps un hématome douloureux qu'il a fallu évacuer en même temps que quelques fragments osseux. Au bout de plusieurs mois, l'amélioration et la guérison ont été obtenues.

Tous les auteurs ne sont pas d'accord sur la fréquence des lésions osseuses concomitantes. Pour les uns, elles sont rares (16), alors que pour d'autres (7-31-35), c'est l'absence de fractures qui est exceptionnelle. CAUCHOIX et DESCAMPS, sur une petite série de trois cas qu'ils ont pu voir en deux ans, ont chaque fois décelé une lésion osseuse : "Un tassement déjà bien visible sur le cliché de face dans un cas". "Un enfoncement en quartier d'orange très profond dans le 2ème cas". Et enfin une "fracture de la grosse tubérosité dans le 3ème cas". Ces auteurs mettent très justement les médecins en garde contre le danger qu'il y a, sitôt le diagnostic de fracture posé, de se contenter de cette trouvaille et de négliger de rechercher une luxation concomitante.

TAYLOR (31), dans une série de 6 cas, constata par 4 fois qu'il y avait une fracture de la grande tubérosité.

Pour JUDET et COL (20), il existe dans la forme infra-acromiale "d'une manière quasi constante", une fracture-tassement de la partie antérieure de la tête, juste en dedans de l'insertion du sous-scapulaire, produite par la pénétration dans le tissu spongieux de la tête du bord postérieur de la cavité glénoïde. Cette rainure verticale plus ou moins profonde, a été rencontrée dans tous nos cas (c'est-à-dire 6 cas); elle existait dans les 22 observations de Mac LAUGHLIN (23).

Dans les 3 cas rapportés par WARRITCH (35), il y a deux cas avec fracture de la tête de l'humérus en même temps qu'un arrachement glénoïdien.

Les lésions osseuses les plus fréquentes semblent être: Fracture-tassement de la partie antérieure de la tête humérale (20,32); l'arrachement du trochiter (5); fracture engrenée de la tête humérale (14).

Tableau clinique

Si dans les cas de luxation postérieure de l'épaule les déformations ne sont pas aussi importantes que dans les cas classiques de luxation antérieure, il n'en est pas moins vrai que dans un certain nombre de cas et chez certaines personnes on trouve des signes assez évocateurs (19). La corpulence et la musculature jouent ici un rôle d'une certaine importance. Le diagnostic clinique est beaucoup plus aisé chez les personnes maigres que chez les obèses et les athlètes (16-19-31). De même, si l'épaule est enflammée et douloureuse et que, de plus, la luxation est incomplète, le diagnostic échappe alors dans la majorité des cas à la seule investigation clinique. Pour donner une idée de la fréquence d'erreur de diagnostic possible, signalons que Mac LAUGHLIN (23) ne put poser que 6 fois un tel diagnostic sur une série de 22 cas de luxation post. qu'il avait eue à examiner. TAYLOR (31), dans les mêmes conditions, posa quatre fois un diagnostic exact sur un ensemble de 6 malades. Ce qui nous paraît beaucoup plus révélateur, ce sont les cas rapportés par les différents auteurs. En effet, on constate que dans la très grande majorité des cas rapportés, le diagnostic n'a été posé qu'après un ou plusieurs mois. Il faut croire que le diagnostic exact avait échappé aux personnes qui avaient été les premières appelées à voir ces accidentés au moment même où s'était produite la luxation (27). On connaît aussi des cas où le diagnostic a été posé fortuitement grâce à la radiographie, alors que le patient se plaignait uniquement de troubles fonctionnels persistants à l'épaule depuis une époque déjà très éloignée (16).

Cliniquement, lorsqu'un tel malade se présente devant un médecin, celui-ci constate que le "membre pend le long du tronc en rotation interne" (19). Cette rotation est d'ailleurs irréductible (19-20). "Ces blessés ont tous une manière typique de vous tendre la main, le tronc tourné de 3/4, l'épaule en retrait, du fait de la rotation interne fixée, comme une sorte de réticence dans le geste" (20). On peut aussi remarquer que la main est "en hyperextension par comparaison de la rotation interne" (20). Les mouvements sont presque toujours très douloureux, spontanément avec irradiation dans l'épaule et dans les bras, et en même temps réduits. (7-16-19-20). La diminution des mouvements est due au fait que la tête humérale est retenue "par son encoche et par la traction sous-scapulaire" (20).

Si l'on demande au malade de faire une abduction, on constate que l'omoplate est entraînée dans ce mouvement (19). Il est aussi à remarquer que la "rotation du bras est pratiquement supprimée (19)".

A la palpation, on peut sentir la saillie de la tête humérale en arrière, comblant l'espace sous-acromiale et soulevant le faisceau post. du deltoïde.

L'examen de la face antérieure de l'épaule permet "d'arriver facilement sur la coracoïde et de trouver en dehors d'elle sous l'acromion un espace libre" (19). Il y a une véritable vacuité sous-acromiale antérieure.

Si l'on examine le malade de profil, on est frappé par l'axe du bras qui a subi une déviation en arrière et de bas en haut (16).

De face, on voit dans un grand nombre de cas une disparition ou une diminution du relief "entre la voûte acromio-claviculaire et le bord intérieur du grand pectoral" (16).

La comparaison avec le côté opposé (qui ne doit jamais être négligé), permet de constater que l'épaule traumatisée est plus haut située que l'épaule saine, le bras étant en légère abduction et le pli du coude nettement en dedans.

Les observations suivantes illustreront notre exposé :

OBS. I : Ch..., 32 ans, a fait une chute sur l'épaule droite, le 18 février 1956. Lorsque l'on voit le blessé, quelques heures après l'accident, il se présente le bras pendant le long du corps, en rotation interne, l'épitrôchlée regardant en arrière. Toute tentative de corriger cette rotation est très douloureuse et vouée à l'échec. Les mouvements de l'épaule sont relativement peu réduits, mais très douloureux et si ce n'était l'irréductibilité de la rotation interne, on aurait l'impression que l'impotence fonctionnelle dépend bien plus du facteur douloureux que d'un obstacle mécanique. Il y a un hématome important du moignon de l'épaule, masquant les reliefs osseux, et rendant toute palpation illusoire. Dans ces conditions, on décide de faire des radiographies de l'épaule. La radiographie de face (Fig. 1), montre une tête humérale en rotation interne et dont la partie antérieure du col anatomique est accrochée au bord postérieur de la glénoïde. La radiographie de profil (Fig. 2), établit la vacuité de la cavité glénoïde : il s'agit d'une luxation postérieure de la variété sous-acromiale. La réduction fut facilement obtenue par traction dans l'axe du corps et les suites sans histoire.

OBS. II : Ulc..., 62 ans, fit le 17 sept. 1953 une

chute en motocyclette. Lors du premier examen, on fait les constatations suivantes : le blessé présente un très gros hématome au moignon de l'épaule droite, rendant tout examen illusoire. Le membre pend le long du corps, il est en rotation interne. L'impotence fonctionnelle est totale et toute tentative de mobilisation est extrêmement douloureuse. La radiographie de face (Fig. 3), fait présumer la luxation postérieure qui est confirmée par la radiographie de profil (Fig. 4). Il s'agit d'une luxation sous-épineuse.

La réduction fut réalisée comme pour le cas précédent et les suites furent simples.

Radiologie

L'examen radiologique, tout en étant indispensable dans l'établissement du diagnostic de la luxation post. de l'épaule, a des valeurs différentes suivant l'incidence utilisée.

La radiographie antéro-postérieure, qui peut donner un certain sentiment de sécurité, non seulement ne permet presque jamais de diagnostiquer la lésion, mais peut, de plus, égarer le médecin (7-19-20-32). Il serait vain d'épiloguer sur les inconvénients qu'il y aurait à se contenter uniquement de cette seule image radiologique. De même que l'on ne se trouve jamais satisfait actuellement d'une radiographie seule d'une articulation ou du crâne, de même il est toujours à conseiller de prendre au niveau de l'épaule traumatisée au moins une radiographie de face et une autre de profil (16). Signalons tout de même, ne fût-ce que du point de vue purement académique, ce que l'on pourrait voir sur un tel cliché lors de cette affection :

- La rotation interne de l'humérus se traduit sur la radiographie par la forme arrondie de l'extrémité proximale de l'os. C'est le seul signe qui sera pratiquement toujours présent, mais pas toujours facile à interpréter (16-32).

- Dans un certain nombre de cas, l'ascension de la tête humérale permet de voir que le 1/3 inférieur de la cavité glénoïde est deshabité (7-20-36). Dans d'autres cas, par contre, la tête humérale peut subir un abaissement. Pratiquement, il est excessivement difficile de faire de tels diagnostics. L'incidence seule des rayons, suivant l'angle sous laquelle est prise la radiographie, peut parfaitement donner l'image d'une ascension ou d'un abaissement osseux (16).

THOMAS, qui est un radiologue averti, reconnaît dans son rapport que ce n'est qu'après avoir posé le diagnostic de luxation

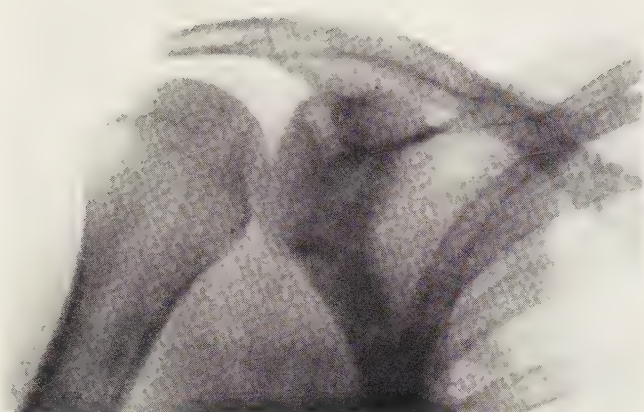


Figure 1



Figure 2

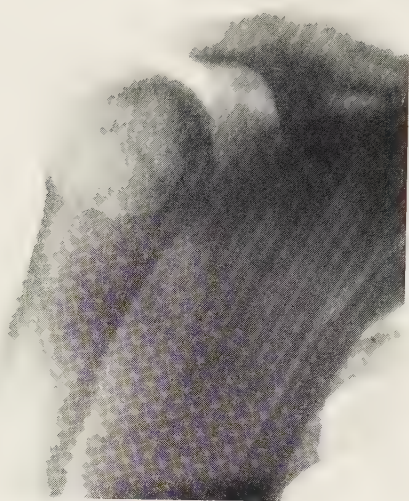


Figure 3



Figure 4

post. de l'épaule par d'autres genres d'examen, qu'il a pu, en représentant les radiographies de face, y trouver des signes pouvant faire penser au genre de lésion.

Les auteurs sont presque tous d'accord, depuis SCHINZ (1924), pour reconnaître que la radiographie de profil est indispensable pour permettre de poser le diagnostic dans les luxations de l'articulation scapulo-humérale. Pourtant, selon certains auteurs, sa réalisation n'est pas toujours compatible avec l'état du blessé. Tel n'est pas l'avis de JUDET et COL, de BAILLEUL et de LEPENNETIER qui considèrent que l'on peut pratiquement toujours faire une telle radiographie "surtout si l'on emploie l'artifice d'enrouler le film autour d'une grosse bouteille que l'on place dans l'aisselle, sans difficulté" (20).

Les radiographies de profil que nous reproduisons dans cette thèse ont été réalisées de façon suivante : le bras luxé est écarté au maximum du tronc et l'ampoule placée dans l'angle ainsi créé entre le membre supérieur et le thorax, le rayon normal passant par l'aisselle. Le film radiographique est posé à plat sur l'épaule. Ce procédé simple permet de vérifier la vacuité de la cavité glénoïdienne de l'omoplate et de préciser la position de la tête humérale.

Les Anglo-Saxons, tout en reconnaissant une valeur indéniable à cette méthode, recommandent de procéder chaque fois que faire se peut, à la stéréo-radiographie (32-35). Ils reconnaissent pourtant, qu'en cas d'urgence cette méthode est difficilement réalisable. Ils proposent d'employer alors l'incidence trans-thoracique latérale, que, pour leur part, JUDET et COL trouvent difficile à interpréter lorsque l'image n'est pas parfaite. ARDISON (3) et WARRITCH (35) proposent, lorsque l'on a recours à cette méthode, de placer le film sur l'épaule et l'ampoule sous l'aisselle, les rayons suivant ainsi un trajet dirigé de bas en haut ou, au contraire, d'enrouler un film autour d'une bouteille que l'on place sous l'aisselle, les rayons venant depuis l'épaule (4).

Il semble qu'à ce point de vue on puisse rester quelque peu électrique et recourir à l'une ou l'autre de ces méthodes suivant ses propres expériences, mais en aucun cas il ne faut se contenter de la seule incidence antéro-postérieure.

Physio-pathologie

La rareté de la luxation postérieure de l'épaule a poussé les cliniciens à tenter d'en donner une explication physio-pathologique. Les premières recherches en ce sens ont été entreprises chez

des personnes présentant une luxation récidivante. MALACAIGNE (24) trouva deux de ces cas relevant d'une paralysie incomplète du plexus brachial. LENORMANT (22), en 1931, et plus tard TOMASSINI et CONSTANTINI cherchèrent en vain radiologiquement et cliniquement lors de leurs interventions, des lésions qui pourraient donner une explication à cette affection. ROCHER (30), en 1931, put constater que dans un certain nombre de cas on pouvait constater une atrophie post. du deltoïde. FIEVRE et MIALARET (15), rapportent qu'un de leurs malades avait une cavité glénoïde sensiblement réduite et une atrophie générale de l'épaule du côté malade. Ces auteurs ont pu réunir 15 cas de luxation congénitale connus à leur époque et purent ainsi résumer leurs constatations : "En général, il ne s'agit pas de malformations graves de la tête humérale, mais plutôt d'une aplasie régionale, portant non seulement sur les parties molles, mais sur la glène petite et plane; sur l'humérus dont l'épiphyse supérieure est peu développée, parfois sur les deux os et l'ensemble de la ceinture scapulaire".

DUPUYTREN était d'avis que la glène devait être inclinée en arrière (ce que BOYER a confirmé dans un cas) et allongée pour qu'il y ait une prédisposition à faire ces sortes de luxations".

FRONVILLE et TOSTIVIN qui se sont particulièrement intéressés à ce sujet ont constaté sur les radiographies "une inclinaison anormale de la cavité glénoïde qui tend à la faire regarder en arrière". Poussant leurs investigations, ils ont tenté, sur le cliché de profil, de calculer systématiquement "l'angle formé par le plan de la glène et celui du corps de l'omoplate". Chez d'un de leurs malades, cet angle était de 96 degrés avant la réduction, et de 91 degrés après celle-ci. Du côté sain, ce même angle était de 76°. Chez le second traumatisé, il était dans l'ordre et respectivement de 92°, de 94° et enfin de 80°. Chez plusieurs personnes saines, prises comme témoins, cet angle ne dépassait pas les 84°. On pourrait objecter que cet angle serait variable suivant l'incidence des rayons. L'expérience a prouvé aux auteurs de cette étude qu'en restant dans les limites voulues pour avoir une radiographie convenable de profil, le maximum de variations de cet angle, chez la même personne, ne peut dépasser 3 à 4°. Les auteurs concluent, tout en reconnaissant qu'ils ne peuvent rien affirmer de définitif, vu le petit nombre de cas auxquels ils se sont adressés, qu'une étude plus poussée dans le sens qu'ils ont indiqué pourrait se révéler fructueuse.

Traitement

Le traitement de la luxation récente ne présente aucune difficulté dans la très grande majorité des cas.

JENTZER et OLTRAMARE (19) proposent la réduction "par traction dans l'axe de l'humérus et une pression discrète sur la tête, combinée avec quelques mouvements de rotation externe". La méthode de CONSTANTINI (8), proche de la méthode de LEJARS, a été adoptée par la plupart des auteurs français (16). Elle consiste en une traction en abduction et en bas; exagération de la rotation interne; propulsion directe sur la tête humérale". Méthode donc presque en tous points semblable à celle de JENTZER et d'OLTRAMARE, et qui a parfois donné de bons résultats même dans les luxations anciennes. ARDISON (3) et ROCHER (30) proposent de procéder à ces manœuvres sous anesthésie générale.

FRONVILLE et TOSTIVIN, tout en souscrivant à cette façon de procéder, ont constaté dans deux de leurs cas que la réduction se faisait avec une telle facilité qu'ils en sont venus à se demander si la réduction était obtenue grâce à ces séries de manœuvres qu'ils n'avaient d'ailleurs eu le temps d'exécuter, tellement la réduction avait été rapide; presque spontanée. Ces auteurs craignaient d'ailleurs une récurrence devant une telle facilité thérapeutique et un gros délabrement de la capsule articulaire.

Leurs craintes se révélèrent injustifiées; après traitement par immobilisation, le membre reprit ses fonctions normales et des récurrences n'ont pas été signalées.

En ce qui concerne les luxations anciennes, JUDET et COL, tout en reconnaissant qu'il faut d'abord tenter une réduction (souvent rendue difficile sinon impossible par la rétraction du sous-scapulaire) sont partisans, en cas d'échec, du recours à la réduction sanglante par voie delto-pectorale antérieure. JAMAILLIX et DESCAMPS se rangent du côté de ces auteurs. HUC (7-20) et PEYCELON sont d'avis que cette méthode est aveugle et proposent d'abord par voie supérieure trans-acromiale qui "permet de mieux voir la lésion". Certains auteurs sont d'avis que cette méthode est trop délabrante (7). MERLE D'AUBIGNE a employé l'abord postérieur avec succès.

La luxation récidivante

Quoique rares, les luxations récidivantes de l'épaule posent des problèmes thérapeutiques et chirurgicaux particulièrement intéressants et non encore parfaitement résolus.

Notons, tout d'abord, que du point de vue statistique, seuls 5% de toutes les luxations récidivantes de l'épaule se font en arrière (27). De plus, quoique cette forme de luxation ait été signalée chez les adultes, le plus souvent c'est une affection du jeune âge. Nous ne voulons pas entrer ici dans la controverse qui oppose les tenants de l'origine congénitale et familiale de cette luxation (17-28-34) à ceux qui pensent que seuls les traumatismes obstétricaux peuvent entraîner de telles anomalies. Nous optons prudemment pour l'étiquette "luxation postérieure datant de la naissance", proposée par ADAM.

Quoi qu'il en soit, on trouve presque constamment chez ces malades des malformations osseuses. La tête humérale et la cavité glénoïde sont déformées dans un grand nombre de cas (1-12-27), vraisemblablement à cause de la perte du contact articulaire (1). L'acromion est souvent atrophié, recourbé vers le bas (12). La coracoïde (dont la portion ascendante, énorme, hypertrophiée en spatule, insérée tout près de la glène se prolonge par une portion horizontale très courte, effilée, inaccessible à la palpation, omoplate, dans son ensemble plus petite que celle du côté sain" (1). Certains auteurs ont signalé de plus une paralysie musculaire résiduelle de la ceinture scapulaire et une sorte de contracture du muscle pectoral (12).

Les techniques opératoires proposées pour remédier à cette affection ont été à peu près les mêmes que celles valables pour les luxations antérieures:

La capsulectomie, la capsulorrhaphie, la fixation de la tête humérale par plastie musculaire ou par une sangle tendineuse, la butée osseuse.

KAPLAN a eu recours à la capsulorrhaphie et à la myoplasie, utilisant pour ce faire, le faisceau antérieur du deltoïde. Les résultats semblent avoir été assez favorables.

REHN et HOHMANN sont partisans de la capsulorrhaphie et de la butée.

LENORMANT (22), trouve qu'il est inutile de toucher à la capsule articulaire et conseille une butée ostéo-périostée, prélevée au niveau du tibia, extra-articulaire, le greffon étant maintenu en place par le rapprochement du sous-épineux et du petit rond. DUJARIER a de même obtenu de très bons résultats par cette méthode. Alors que cet auteur recommande l'abord par une incision horizontale postérieure suivant le bord inférieur de l'omoplate, LENORMANT trouve l'incision postérieure oblique, partant de l'acromion et longeant le bord postéro-inférieur du deltoïde, plus pratique et mieux adaptée à l'intervention.

MERLE D'AUBIGNE (25), dans le cas de lasciveté excessive de l'épaule et après que la réduction et l'immobilisation ont échoué, conseille l'intervention sanglante.

Il a eu l'occasion de traiter une jeune-fille dont les deux épaules se luxaient aussi bien antérieurement que postérieurement. Cet auteur pratique d'abord une opération type BANKART (fixation du bourrelet et de la capsule au rebord antérieur de la glène au moyen de fils passés dans l'os avec plicature au sous-scapulaire), afin de supprimer la luxation antérieure. Le résultat a été très favorable, au moins sous cet angle seul; mais l'auteur a été obligé de recourir à une nouvelle intervention chirurgicale consistant, par l'abord postérieur, à fixer la capsule au bord postérieur de la glène, car des luxations postérieures s'étaient reproduites.

COTTON et MORRISSON (12) ont adopté comme technique chirurgicale celle proposée par NICOLAS et modifiée par KILBERT. Ces auteurs proposent de passer le long tendu du biceps dans un tunnel percé dans l'humérus et de le fixer au niveau de la gouttière scapulaire, après avoir passé par la marge du glène et à travers la tête de l'humérus. On obtient ainsi un très bon "mooring" (amarrage).

C'est à FIEVRE et MIALARET que nous devons la mise au point de la technique de la butée : "Incision deltoïdienne classique, découverte du bord postérieur du deltoïde immédiatement sous le fascia cellulo-adipeux. Ce muscle est alors relevé vers le haut pour révéler le plan profond formé du sous-épineux et du petit rond. Deux écarteurs réclinent fortement ces muscles, le premier vers le haut, le second vers le bas, mettant à jour le rebord postérieur de la glène recouverte de l'insertion capsulaire. Par cette voie d'accès, on introduit les greffes que l'on fixe dans deux entailles dirigées un peu obliquement en avant par rapport au plan de l'os et qui traversent le périoste postérieur, puis on coud les greffes de façon à former un plan d'appui postérieur continu à la tête humérale" (27).

Les greffons utilisés peuvent être prélevés au niveau du tibia, de la huitième côte (ROCHEK), ou encore de l'omoplate, (OMBRE-DANNE).

Bibliographie

1. ADAM et BOPPE. Luxation post. ancienne de l'épaule datant de la naissance. Bul. et Mém. de la Soc. chirurgicale de Paris. 1947, 73, 447-453.
2. ARDEN, G.P. Posterior Dislocation of Both Shoulders. The Journal of Bone and Joint Surgery. Mai 1956, 38B, 558.
3. ARDISON. Thèse de Bordeaux, 1938-1939.
4. BAILLEUL et LEPENNETIER. Société de Radiologie de France. Avril 1937.
5. CABRIELLE. Lyon chirurgical, Avril 1938.
6. CAMERON, B.M. Recurrent Dislocation of the Shoulder. Texas State, Journal of Med. 1955, 51, 33.
7. CAUCHOIX, J. et DESCAMPS. Sur les luxations postérieures traumatiques de l'épaule. Revue d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur. Janv.-Mars 1950, 36, No. 1-2, 518-519.
8. CONSTANTINI et CURTILLET. Société de chirurgie d'Alger, mai 1931.
9. Sir Astley COOPER. Guy's Hospital Reports, 1839.
10. Sir Astley COOPER. A treatise on Dislocation and Fracture of the Joint. New edition edited by B.B. Cooper. London John Churchill, 1842.
11. COOVER. Dislocation post. both Shoulders, 1932.
12. COTTON, F.J. and MORRISSON M.G. Pathol. backward dislocation of the Shoulder. Backward and Rotation Deformity. New Engl. Journal of Med. May 1934, 210, No 22, 1169-1170.
13. ELLERBROCK. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1908, 92, 453.
14. FABRE. Toulouse médicale. Déc. 1933.
15. FIEVRE et MIALARET. Journal de chirurgie. Août 1938.
16. FRONVILLE et TOSTIVIN, T. Deux cas de luxation postérieure traumatique récente de l'épaule. Rev. Orthopéd. Sept-Déc. 1943, 29, No. 5 - 6.
17. GREIG. Edinburgh med. Journal, 1930, 4, 157.

18. HINDENACH, J.C.R. J. of Bone and Joint Surgery. 1947, 29, 528.
19. JENTZER A. et OLTRAMARE J.H. Luxation traumatique de l'épaule.
Encyclopédie médico-chirurgicale : Os et Articulation.
1954, 14085, D 10, 4.
20. JUDET J. et R., LAGRANGE J., MOREAU Cl. A propos des luxations
postérieures de l'épaule. Mémoires de l'Académie de
chir. Févr. 1957, 83, No. 6-7, 235-239.
21. KEY D.A. and CONWELL H.E. The Management of Fractures, Dislocations
and Sprains. London Henry Kimpton, Third Edition, 1942,
520.
22. LENORMANT. Bulletins de la Société de chirurgie. Mai 1931.
23. MAC LAUGHLIN. J. of Bone and Joint Surgery, 1952, 34, 3, 584.
24. MALAGAIGNE J.P. Traité des fractures et des luxations. J.B. Bail-
lière, Paris 1855, 2, 433.
25. MERLE D'AUBIGNE. Mémoires de l'Académie de chirurgie. 1957, 83,
No. 6 et 7, 239.
26. O'CONNOR S.J. & JACKNOW A.S. A.M.A. Archives of Surgery. Amer. Med.
Publication. March 1956, 72, No. 1, 479-491.
27. OLTRAMARE J.M. De la luxation postérieure de l'épaule. Revue médi-
cale de la Suisse romande No. 5, Mai 1956.
28. OMBREDANNE. Journal de chirurgie 1943, No. 4, 481.
29. RENLICH et POPPEL. Roentgen Diegnosis of Post. Dislocation of
Shoulder. 1941. Radiology 36, 42.
30. ROCHER. Bordeaux chirurgical. Nov. 1938.
31. TAYLOR R.G. and WRIGHT P.R. Posterior Dislocation of the Shoulder.
The Journal of the Bone and Joint Surgery. Nov. 1952,
34B, No. 4. Oxford England.
32. THOMAS M.A. Post. Subacromial Dislocation of the Head of the Hume-
rus. Americ. Journal Roentgenology. 1937, 37, 767.
33. TOUMEY J.W. Post. Recurrent Dislocation of Shoulder Treated by
Capsulorrhaphy and Iliac Bone Block. Lahey Clinical
Bulletin. 1948, 5, 197.
34. VALANTIN. Zeitschrift für orthopédie. 1955, 2, 229.

35. WARRITCH C. Position Dislocation of the Shoulder Joint. The Journal of Bone and Joint Surgery. Newcastle upon Tyne. England, Nov. 1948, 30B, No. 4.
36. WILSON J.C. and Mac KEEVER F.M. Traumatic Post (Retroglenoid) Dislocation of the Humerus. J. Bone and Joint Surgery. 1949, 31 A, 160.
37. WOOD J.P. Post Dislocation of the Head of the Humerus and the Diagnosis. Value Lateral and Vertical Views. U.S. Med. Bulletin, 1939, 532.
38. WRIGHT. 1952.
39. ZADIK F.R. Recurrent Post. Dislocation of the Shoulder. Joint J. Bone and Joint Surgery. 1948, 30 B, 531.

